

**FORMULAIRE KYC PERSONNE MORALE**

Fiche d'identification de l'entité et d'évaluation du risque dans le cadre du <<connaître votre client<<Know your Customer<< KYC  
*Client( SA ,SARL ,SURL ,ONG, Association,Mutuelles, Société en Nom Collectif,autres personnes morales)*

**I. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE ET INFORMATIONS GENERALES**

A renseigner obligatoirement par l'agent du service commercial, Customer Service Officer

**1.1.Raison Sociale:**

N° de registre du commerce:		NIF	
Capital social :	entièrement libéré :	OUI	NON
<b>Adresse géographique principale:</b>			
N° de téléphone :			adresse e-mail :
Intitulé du compte:			
Numéro de compte :			

Structure Américaine si OUI faire remplir le formulaire FATCA, Residence permanente ou prolongée aux USA  
Consentement par rapport au BIC fourni  Consentement BIC refusé

**1.2..Identification des principaux dirigeants**

<b>Nom Prénom:</b>		<b>Type et N° de pièce d'identité:</b>	
<b>date de délivrance:</b>		date d'expiration:	
<b>Adresse des principaux dirigeants( à confirmer par un justificatif domicile</b>			
Boite Postale non accepté) :			
<b>Numéro de téléphone du principal dirigeant : 2</b>			adresse e-mail :
Appartenance à un groupe :	OUI	NON	
Si OUI Nom et Adresse de la maison mère:			

**1.2..Identification des actionnaires**

**a) nom et prénom (ou raison sociale) des actionnaires et le pourcentage des actions détenues**


**b) identification de l'actionnaire principal (Droit de vote >40%) ou majoritaire**

<b>Nom Prénom:</b>		<b>Type et N° de pièce d'identité:</b>	
<b>date de délivrance:</b>		date d'expiration:	
<b>Adresse ( à confirmer par un justificatif domicile)</b>			
Boite Postale non accepté) :			
<b>Numéro de téléphone : 2</b>			adresse e-mail :
Détient il d'autres sociétés	OUI	NON	
Si OUI Nom, Adresse, Activité et (numéro de comptes des sociétés dans nos livres) :			

A-t-il une personne apparentée au premier rang détenant une ou plusieurs sociétés au Mali et dans l'UEMOA	OUI	NON	
Si OUI Nom, Adresse, Activité et (numéro de comptes des sociétés dans nos livres) :			


**1.3. Activité principale et secondaire de lastructure avec précision sur la nature des produits ou des services :(% du CA)**

--	--	--	--

**1.4. Principaux Partenaires et pays de résidence**

Clients* :				
Fournisseurs* :				
Donateurs si Association, identifier les personnes ou entités :				
Baillleurs si O.N.G. (identifier les personnes ou entités)				
Principaux membres si Association				
Evaluation du Risque dans le cadre du Know Your Customer KYC				
Renseignement obligatoire par l'agent commercial, Chef d'agence.				
<b>II. SOURCE DES REVENUS, VOLUMES ET FREQUENCE</b>				
<b>2.1 Chiffre d'affaires annuel de la stucture :</b>				
a. Joindre les états financiers du derniers exercice arrêté si disponible, sinon indiquer les chiffres communiqués par le client (sur les 3 derniers exercices au moins)				
b. indiquer le volume des mouvements d'affaires annuels que le client compte domicilier dans son compte				
<b>2.2. L'agent commercial donnera une indication des volumes et des produits que le client utilise, habituellement ou compte domicilier sur le compte Bms</b>				
Produits et Services	Fréquence mensuelle	Volume minimum par transaction	Volumes mensuels maximum	
Dépôt Espèces				
Retrait Espèces				
Transferts à recevoir préciser pays de provenance				
Transferts à envoyer préciser pays de destination				
paiement par chèques				
Chèque à recevoir en paiement				
Lettres de crédit				
Autres				
<b>2.3. Motifs de l'ouverture de compte à la BMS:le compte a été ouvert pour la gestion courante de son entreprise</b>				
1. Initiative du client	Prospect	Recommandé par.....		
2-Visite effectuée:				
A domicile le:.....	Au bureau le:....	Autres à préciser:.....		
Nature et Dépôt Initial:	XOF :			
<b>2.4.. Contacts des interlocuteurs habituels de le banque au sein de la stucture, leurs numéros de téléphone et adresse e-mail: Tel; et</b>				
<b>III. AUTRES INFORMATIONS</b>				
<b>3.1. Comment avons-nous obtenu ce client? Le client s'est rendu lui-même dans nos locaux pour se renseigner des conditions d'ouvertures , et il a été accueilli pa D SIDIBE</b>				
<b>3.2. Le client a-t-il une relation avec un employé de la Bms?</b> OUI <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si OUI, préciser son nom, le type de relation et la position occupée dans l'institution:				
<b>3.3. Références bancaires ( cf. réponse du client sur la fiche d'ouverture de compte</b>				
OUI : références de la banque( Nom/ N° de téléphone/ Adresse) NON				
Si OUI,type de compte et engagements éventuels				
<b>3.4. Existe-t-il une procuration donnée sur le compte à la Bms?</b> OUI <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si OUI, indiquer le nom du mandataire:				
<b>3.5. Le mandataire le cas échéant est il titulaire de compte dans nos livres?</b> OUI <input type="checkbox"/>				
Si OUI indiquer le numéro de compte				
2. Un formulaire KYC personne physique devra etre établi sur le mandataire.				
<b>Nom*:</b>				
<b>Prénom(s)*:</b>				
<b>Mandataire responsable (Préciser Oui ou Non)*:</b>				
<b>Date de naissance*:</b>				
<b>Lieu de naissance*:</b>				
<b>Nationalité*:</b>				
<b>Sexe*:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
<b>Nom de la Mère</b>				

<b>Adresse physique et/ou postale</b>	
<b>Téléphone FIXE* :</b>	<b>Portable:</b>
<b>3.6. Résultat: Indexée sur la liste noire "Black list "check PPE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>Vérifier tous les dirigeants, associés ou mandataires éventuels sur le compte. Si OUI, consultez le compliance Officer pour décision avant ouverture. Est considérée comme &lt;&lt; Personne Politiquement Exposée &gt;&gt; (PPE) toute personne exerçant ou ayant exercé d'importantes fonctions publiques dans le pays ou dans un pays étranger ( Chef d'Etat ou de Gouvernement, politicien, dirigeant, magistrat militaire de haut rang, responsable de parti politique sans que la liste soit limitative). Cette définition inclut également les relations d'affaires avec les membres de la famille d'une PPE ou les personnes qui lui sont étroitement associées. ( leurs épouses, enfants amis proches, avocats, comptables etc...) présentent sur le plan de la réputation, des risques similaires a ceux liés aux PPE elles-memes.</i>	
Si OUI, le compte doit être classé au haut risque, il faudra informer le Responsable Conformité et obtenir l'approbation du Directeur Général avant ouverture.	
<b>3.7. L'un des associés, dirigeants, mandataires figure t-il sur la liste noire des sanctions Nations Unies voir résultat Black list check</b> OUI NON	
Si OUI, informez le Département Compliance pour décision et n'ouvrez pas le compte.	
<b>3.8. La société a-t-elle une structure juridique complexe?</b> OUI <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Par exemple une personne morale qui compte parmi ses associés une autre personne morale, ou un associé qui agit pour le compte d'une autre entité ou personne morale ne figurant pas formellement aux statuts de la société.	
Si OUI : indiquer les identités des véritables bénéficiaires de la société	
<b>ACTIONNAIRES PERSONNES MORALES</b>	
1-DENOMINATION:	
NOM COMMERCIAL:	
CAPITAL SOCIAL:	
ADESSE DU SIEGE:	
ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE:	
FORME JURIDIQUE:	
NOM DU REPRESENTANT LEGAL:	
DATE:	
SIGNATURE:	
<b>3.9. Le client est - il une société Trust, un fonds commun de placement, un prete-nom, un gestionnaire fortune?</b> Si OUI identifier tous les propriétaires, dirigeants, hauts cadres contrôleurs financiers et comptables:	
<b>3.10. Etes vous au courant d'une procédure judiciaire à l'encontre de la société?</b> OUI <input type="checkbox"/>	
<b>EVALUATION DU RISQUE:</b>	
Compte à haut Risque: Oui à l'une des rubriques 3.6 3.7 3.8 3.9 3.10	
Compte à risque Moyen:	
Compte à faible risque(Etat, Société ou Administration publique , Société Cotée en Bourse):	
Justifier votre choix :	
<b>IV. APPROBATION</b>	
<i>Cette présente fiche a pour objectif d'établir le classement de risque sur le client et d'évaluer la pertinence pour la Bms d'une entrée en relation, il est vital que toutes les informations requises soient obtenues, vérifiées et correctement renseignées. Il est de la responsabilité directe du chargé de compte de veiller au correct renseignement de ce formulaire.</i>	
Date :	Nom et Signature de l'agent commercial
Date :	Nom et Signature du Chef d'agence
Date :	Nom et Visa du Responsable Conformité
Date :	Visa du Directeur Général
<i>Nb: obligatoire si le client est classé à haut risque par exemple une société qui compte un PPE comme actionnaire, dirigeant ou mandataire.</i>	
<i>NB: Ce document contient le minimum d'informations requises par la procédure de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, pour déterminer le niveau de risque sur le client. Il est de la responsabilité directe de l'agent commercial, du gestionnaire de compte , d'apporter toute autre information dont il aurait eu connaissance sur le statut, l'activité réel du client qui pourrait influencer sur l'établissement du profil risque du client.</i>	

\*( indiquer le client avec lequel le pourcentage de chiffre d'affaires réalisé est supérieur à 50%)

\*( indiquer le fournisseur avec lequel le pourcentage de chiffre d'affaires réalisé est supérieur à 50%)